

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE

N° 25

CAUSES ET TRAITEMENT
DE
L'OPHTALMIE
PHLYCTÉNULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 27 FÉVRIER 1892

PAR

Léopold PORRE

Né à Vidauban (Var)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
BERTIN-SANS..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. *. *.).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC.
Pathologie interne (Ch. de c.).....	SARDA.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	REGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU (*)	GILIŠ	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TRUC, <i>président</i> .	MM. GAYRAUD, agrégé.
JAUMES, professeur.	SERRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

L. PORRE.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES TANTES

A MES AMIS

L. PORRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CUNÉO

Directeur du Service de santé de la Marine, à Cherbourg

Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR JOURDAN

Président du Tribunal de première instance de Sisteron (Basses-Alpes).

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOZERAN

Chevalier de la Légion d'honneur.

L. PORRE.

A MONSIEUR ERNEST DURAND

A MES MAÎTRES DE LA MARINE

L. PORRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC

Professeur de Clinique ophtalmologique.

L. PORRE.

A MES EXCELLENTS AMIS ET CAMARADES

BICHELONNE

Élève du Service de santé militaire.

MANTELIN

Médecin auxiliaire au 42^{me} de ligne.

BONNAUD

Avocat à Aix.

A MES CAMARADES DE LA MARINE

L. PORRE.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la Clinique ophtalmologique, un certain nombre de cas d'ophtalmie phlycténulaire. Cette maladie étant extrêmement fréquente, et sa pathogénie encore discutée, nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres :

Dans le premier, nous ferons une courte étude statistique et topographique de la maladie ;

Dans le second, nous exposerons ses caractères cliniques ;

Dans le troisième, nous traiterons de son origine ;

Nous consacrerons le quatrième au traitement.

M. le professeur Truc nous a donné l'idée première de cette thèse ; nous sommes heureux de lui en exprimer ici notre profonde reconnaissance ; nous n'oublierons jamais l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner et la sollicitude avec laquelle il nous a suivi durant tout le cours de nos études médicales.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à MM. les docteurs Nozeran et Balestier, de Montpellier, et à notre camarade Pansier, aide de Clinique ophtalmologique.

Nous prions en outre M. le professeur Truc d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE

CAUSES ET TRAITEMENT

DE

L'OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE STATISTIQUE ET TOPOGRAPHIQUE

Dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* (avril 1890), M. le professeur Truc a publié une statistique des cas d'ophtalmie phlycténulaire qu'il avait observés de juillet 1887 à mars 1890.

Cette étude portait sur 3,666 malades et comprenait 432 cas, soit 12 pour 100.

Nous avons, de notre côté, recherché tous les cas qui se sont produits depuis cette date (mars 1890) jusqu'à janvier 1892; nous en avons rencontré 549 sur 3,384 malades, soit 16 pour 100.

Nous envisagerons séparément les deux statistiques et nous en additionnerons les résultats.

Les cas d'ophtalmie phlycténulaire se répartissent ainsi :

STATISTIQUE DE M. TRUC

(432 ophtalmies)

<i>Hommes</i>	168	soit 38,8	pour 100
Au-dessous de 7 ans.	112	soit 25,9	—
De 7 à 15 ans.	46	soit 10,6	—
Au-dessus de 15 ans.	10	soit 2,2	—
<i>Femmes</i>	264	soit 61,2	pour 100
Au-dessous de 7 ans.	171	soit 39,5	—
De 7 à 15 ans.	66	soit 15,2	—
Au-dessus de 15 ans.	27	soit 6,2	—

STATISTIQUE PERSONNELLE

(549 ophtalmies)

<i>Hommes</i>	229	soit 41,7	pour 100
Au-dessous de 7 ans.	131	soit 24,2	—
De 7 à 15 ans.	74	soit 13,4	—
Au-dessus de 15 ans.	24	soit 4,4	—
<i>Femmes</i>	320	soit 58,2	pour 100
Au-dessous de 7 ans.	160	soit 29	—
De 7 à 15 ans.	109	soit 19,8	—
Au-dessus de 15 ans.	51	soit 9,4	—

RÉSULTAT GÉNÉRAL

(981 ophtalmies)

<i>Hommes</i>	397	soit 40,4	pour 100
Au-dessous de 7 ans.	243	soit 24,5	—
De 7 à 15 ans.	120	soit 12	—
Au-dessus de 15 ans.	34	soit 3,9	—

<i>Femmes.</i>	584	soit 59,7	pour 100
Au-dessous de 7 ans.	331	soit 34,2	—
De 7 à 15 ans.	175	soit 17,5	—
Au-dessus de 15 ans.	78	soit 7,8	—

Ces chiffres démontrent l'extrême fréquence de l'ophtalmie phlycténulaire, sa plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme, dans la première enfance que dans la seconde et l'adolescence.

L'ophtalmie phlycténulaire est constituée par des vésicules ou des vésico-pustules qui apparaissent tantôt sur la conjonctive, surtout la conjonctive bulbaire, tantôt sur la cornée, tantôt enfin sur le limbe scléro-cornéen.

Il n'est pas toujours facile de constater la présence des vésicules ; le plus souvent elles passent inaperçues et ne sont indiquées que par de discrètes ulcérations ou de fines arborisations vasculaires.

La conjonctivite phlycténulaire existe sans lésions cornéennes ; mais celles-ci sont néanmoins fréquentes ; en tout cas, quand la cornée est atteinte, la conjonctive n'est presque jamais indemne.

La proportion des conjonctivites simples et des kérato-conjonctivites est la suivante :

STATISTIQUE DE M. TRUC

Conjonctivites phlycténulaires simples . .	228	soit 52,7	pour 100
Conjonctivites avec lésions cornéennes . .	204	soit 47,3	—

STATISTIQUE PERSONNELLE

Conjonctivites phlycténulaires simples . .	316	soit 57,7	pour 100
Conjonctivites avec lésions cornéennes . .	233	soit 42,4	—

RÉSULTAT GÉNÉRAL

Conjonctivites phlycténulaires simples . .	544	soit 55,2	pour 100
Conjonctivites avec lésions cornéennes . .	437	soit 44,8	—

L'ophtalmie est rarement isolée. Elle coïncide fréquemment avec de l'eczéma auriculaire, nasal ou labial, des rhinites ou des otites, de l'impétigo de la face, des pustules, des croûtes, des ulcérations en diverses parties du corps. Sans faire à cet égard des examens approfondis des téguments, en constatant rapidement l'état de la face et du cuir chevelu, nous avons en effet rencontré fréquemment ces lésions concomitantes de l'ophtalmie.

Voici d'ailleurs nos chiffres statistiques :

STATISTIQUE DE M. TRUC

Sur 432 ophtalmies	91 soit 21 pour 100
Eczéma ou impétigo	61 soit 14,1 —
Rhinite.	21 soit 6 —
Otorrhée...	4 soit 0,9 —

STATISTIQUE PERSONNELLE

Sur 549 ophtalmies.	113 soit 20,6 pour 100
Eczéma ou impétigo	78 soit 14,2 —
Rhinite.	30 soit 5,5 —
Otorrhée	5 soit 0,9 —

RÉSULTAT GÉNÉRAL

Sur 981 ophtalmies	204 soit 20,8 pour 100
Eczéma ou impétigo	139 soit 14,2 —
Rhinite.	56 soit 5,7 —
Otorrhée.	9 soit 0,9 —

La plupart des malades sont malpropres; leurs ongles sont noirs et sales, leurs cheveux mal peignés, leur visage et leurs vêtements crasseux, et si nous tenions compte de toutes ces causes d'infection nous verrions combien sont rares les cas où l'on n'ait pas à incriminer le manque de soin que les malades apportent à leur toilette.

Les complications habituelles de l'ophtalmie phlycténulaire sont les infiltrations purulentes ou les abcès, les ulcérations de la cornée ; les plus graves sont les ouvertures larges de la chambre antérieure avec hernies de l'iris, irido-choroïdites, staphylomes, atrophie plus ou moins complète du globe ; les panophtalmies sont rares, les phénomènes sympathiques exceptionnels.

Les complications cornéennes étaient dans les proportions suivantes :

STATISTIQUE DE M. TRUC

Pas de complications	44 soit 48,3 pour 100
Complications	47 soit 51,4 —

STATISTIQUE PERSONNELLE

Pas de complications	55 soit 48,8 pour 100
Complications	55 soit 51,3 —

RÉSULTAT GÉNÉRAL

Pas de complications	99 soit 48,5 pour 100
Complications	105 soit 51,3 —

On constate d'ailleurs chez presque tous les malades un lymphatisme prononcé.

Nous faisons suivre cette étude statistique de la topographie de l'ophtalmie phlycténulaire à Montpellier ; nous pensons que les études de topographie pathologique ne sont pas sans présenter de l'intérêt ; elles font connaître les foyers infectés, elles revêtent certaines causes morbides et permettent parfois d'y porter remède.

Les quartiers les plus infectés sont les faubourgs Figuerolles, Bouttonnet, Celleneuve, le boulevard de l'Hôpital-Général, les rues de Metz, Lunaret, de la Blanquerie, de l'Amandier, de la Cavalerie ; les autres points de la ville sont épargnés.

Les rues atteintes sont étroites, tortueuses, humides, mal ensoleillées; les maisons sales, défectueuses, les appartements insuffisants, les habitants entassés dans une promiscuité fâcheuse, les soins de toilette ordinaire plus que sommaires.

On peut dire que l'ophtalmie phlycténulaire habite les quartiers malsains et attaque les gens malpropres, au visage crasseux, aux vêtements pleins de poussière. Là où la malpropreté et la misère sont grandes, l'ophtalmie est fréquente; elle est rare dans le cas contraire. Les sujets âgés sont beaucoup moins touchés; ils le sont aussi plus légèrement (1).

Nos recherches ont porté sur les 400 derniers malades de l'année 1891; nous n'avons pu évidemment faire entrer en ligne de compte dans notre étude topographique ceux qui habitent la campagne, les villages environnants et les villes voisines, de sorte que notre premier nombre s'est trouvé réduit à 261.

TOPOGRAPHIE DE L'OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE A MONTPELLIER

Ophtalmies phlycténulaires	Adultes	ENFANTS		Total		Ophtalmies phlycténulaires	Adultes	ENFANTS		Total
		0 à 10	10 à 18					0 à 10	10 à 18	
Rue de l'Abattoir....	»	2	»	2		<i>Report.....</i>	2	24	7	33
— Adam-de-Crapon ^e ..	»	»	1	1		Rue St-Blaise.....	»	1	»	1
— Aigrefeuille.....	1	»	»	1		— Blanquerie.....	»	7	1	8
— Aiguerelles.....	»	1	»	1		— Bosquet.....	»	1	1	2
— Aiguillerie.....	»	3	1	4		— Bourgoïn.....	»	4	»	4
— de l'Amandier... ..	»	5	»	5		Faubourg Boutonnet.	»	7	4	11
— de l'Aire.....	»	3	»	3		Rue Boyer.....	1	»	»	1
— d'Alsace.....	»	1	»	1		— Bras-de-fer.....	»	1	»	1
— Alfred-Bruyas... ..	1	1	»	2		— Cambacérès.....	»	1	»	1
— des Arceaux.....	»	1	1	2		— du Cannau.....	»	1	»	1
— Argenterie.....	»	3	1	4		— du Chapeau-Rou ^g e	»	2	»	2
— Aventurin.....	»	1	1	2		— Charancy.....	»	1	1	2
— des Balances....	»	1	1	2		— des Carmes.....	»	3	1	4
— Barralerie.....	»	1	1	2		Cours des Casernes..	»	1	»	1
— Belmont.....	»	1	»	1		Rue de la Cavalerie..	»	6	»	6
<i>A reporter.....</i>	2	24	7	33		<i>A reporter.....</i>	3	60	15	78

(1) H. Truc, *Topographie de l'ophtalmie à Montpellier* (Montpellier médical, février 1891).

Ophtalmies phlycténulaires	Adultes	ENFANTS		Total		Ophtalmies phlycténulaires	Adultes	ENFANTS		Total
		0 à 10	10 à 18					0 à 10	10 à 18	
<i>Report.....</i>	3	60	15	78		<i>Report.....</i>	14	143	29	186
Faubourg Celleneuve.	2	6	»	8		Rue de la Merci.....	1	»	»	1
Rue Chaptal.....	»	1	»	1		— de Metz.....	1	7	1	9
— St-Charles.....	»	1	»	1		Aven. de la Miséric°..	»	2	»	2
— du Cheval-Blanc.	»	2	»	2		Impasse Montferrier.	»	5	»	5
— Chrestien.....	»	»	1	1		Rue Montpelliéret..	»	1	»	1
— de la Confrérie..	»	1	»	1		— des Multipliants..	»	3	»	3
— du Consulat.....	»	1	»	1		— Nationale.....	»	»	2	2
— Cope-Cambes....	»	1	1	2		Faubourg de Nîmes..	»	»	1	1
Faub. du Courreau...	1	3	»	4		Plan de l'Olivier....	1	1	»	2
Rue St-Claude.....	»	2	»	2		— Pagès.....	»	2	»	2
— Daru.....	»	3	»	3		— du Palais.....	»	1	3	4
— Desmazes.....	»	1	»	1		Plan du Palais.....	»	1	»	1
— Dessale.....	»	1	»	1		Rue des Patriotes...	»	1	»	1
— Ecole-de-Droit..	»	1	»	1		— St-Paul.....	»	1	»	1
— Ecoles-Laïques..	»	3	»	3		— du Petit-St-Jean.	1	»	»	1
— Expert.....	»	1	»	1		— des Pins.....	»	1	»	1
— Farges.....	»	2	»	2		— Poitevine.....	1	»	»	1
— Favre.....	»	1	2	3		— de Plagne.....	»	1	»	1
Faubourg Figuerolles	3	15	4	22		— de la Raffinerie..	1	»	»	1
Rue de la Fontaine..	1	1	»	2		— Richelieu.....	»	1	»	1
— Fontanon.....	»	»	1	1		— de la Rochelle...	»	1	»	1
— St-François.....	»	1	»	1		— Saunerie.....	»	1	»	1
— Général-Vincent.	1	»	»	1		— des Sauvages....	1	1	»	2
— Général-René...	1	»	»	1		— du Séminaire....	»	1	»	1
— Hagueneau.....	»	2	»	2		— St-Sépulcre.....	»	1	»	1
— Henri-René.....	»	2	»	2		— des Soldats.....	»	1	»	1
Boul. Hôpit.-Général.	1	8	2	11		Boulevard de Stras-				
Boul. Jeu-de-Paume.	»	»	1	1		bourg.....	»	1	»	1
Rue St-Joseph.....	»	1	»	1		Rue Subleyras.....	»	2	»	2
— Joubert.....	»	1	»	1		— Terral.....	»	1	»	1
— Jugan.....	»	»	1	1		— Thérèse.....	2	3	»	5
— Pont-Juvénal....	»	4	»	4		— de la Togne.....	»	1	»	1
— Lakanal.....	»	1	»	1		Route de Toulouse...	1	3	1	5
— de Lattes.....	1	1	1	3		Rue Triperie-Vieille.	»	2	»	2
— Lavérane.....	»	1	»	1		— Ste-Ursule.....	»	»	1	1
— Léonhardt.....	»	1	»	1		— de la Valfère....	1	»	»	1
— Legendre.....	»	1	»	1		— Verdale.....	»	1	»	1
— de Lorraine.....	»	3	»	3		— de la Verrerie...	1	»	»	1
— Lunaret.....	»	5	»	5		— Villefranche....	»	1	»	1
— de la Mairie....	»	2	»	2		— St-Vinc -de-Paul.	»	2	1	3
— Magnol.....	»	1	»	1		Boulev. Victor-Hugo.	1	»	»	1
— Mareschal.....	»	1	»	1		Rue des Volontaires..	»	1	»	1
<i>A reporter....</i>	14	143	29	186		<i>Totaux.....</i>	27	195	39	261

Enfin, l'ophtalmie phlycténulaire peut être isolée ou combinée avec les ophtalmies granuleuses et lacrymales. Ces maladies ont entre elles des rapports immédiats.

L'ophtalmie granuleuse comprend presque autant de malades que l'ophtalmie phlycténulaire, le jeune âge et le sexe féminin ont une grande action prédisposante, la pauvreté et la mauvaise hygiène, la misère et l'infection ont une importance étiologique commune. Dans l'une comme dans l'autre des deux ophtalmies, ce sont les quartiers de la ville les plus peuplés, les moins aérés ou ensoleillés, les plus humides, les plus malsains et les plus pauvres qui sont infectés; les granuleux comme, les phlycténulaires, sont plus ou moins lymphatiques, scrofuleux; l'habitus général, les ganglions, les cicatrices, les éruptions cutanées démontrent la strume à ses divers degrés. De même un grand nombre de kératites lacrymales relèvent directement du lymphatisme.

Dans l'ophtalmie granuleuse, ordinaire surtout, le bord ciliaire de la paupière est épaissi, infiltré et la conjonctive gonflée, comme boursouflée. Les sécrétions sont filantes, muqueuses ou muco-purulentes, la photophobie et le blépharospasme excessifs; c'est le même état avec une vascularisation plus grande et une coloration plus vive dans l'ophtalmie strumeuse.

Mais c'est surtout dans les lésions cornéennes que la similitude est complète, ce sont presque toujours des phlyctènes, des ulcérations multiples isolées ou agglomérées, à contours irréguliers, à bords plus ou moins infiltrés et aboutissant à la constitution de leucomès superficiels et diffus.

Dans les ophtalmies phlycténulaires et granuleuses, le rapport entre l'état oculaire et l'état général est presque constant et c'est surtout dans les complications conjonctivales cornéennes que l'on trouve la démonstration de cette relation.

On a dit que les lésions cornéennes dans l'ophtalmie granuleuse sont le fait des granulations. Nous pensons qu'il n'en est rien; pour nous, les lésions de la cornée, ulcération, pannus, scléroses, etc., sont le produit de l'infection ou de l'état lymphatique et lacrymal.

Dans ces cas, à l'ophtalmie granuleuse s'ajoutent l'ophtalmie strumeuse et l'ophtalmie lacrymale.

Il n'y a plus ophtalmie granuleuse, mais ophtalmie granulo-lymphatique ou ophtalmie granulo-lympho-lacrymale. Ce sont des combinaisons morbides.

Les granulations mêmes ne sont presque pas en cause, car tantôt l'on trouve de graves lésions cornéennes et un état granuleux presque insignifiant, tantôt les granulations sont énormes, très dures, très volumineuses et les lésions cornéennes sont absolument nulles.

L'état lymphatique et l'état lacrymal ont une tout autre importance pathogénique.

Le lymphatisme est-il développé ? la cornée se prend de bonne heure, s'ulcère, devient panneuse ; au fur et à mesure que le lymphatisme diminue, l'état cornéen s'améliore ; le lymphatisme est-il moindre, la cornée s'éclaircit.

Cette relation entre la forme des granulations, les lésions cornéennes et le degré de lymphatisme paraît presque absolue.

On sait que l'engorgement lacrymal est fréquent dans les ophtalmies phlycténulaires et granuleuses.

Les phlycténulaires secrètent, par réflexe, abondamment des larmes et ont, par gonflement muqueux oculo-nasal, la lumière des canaux lacrymaux très rétrécie, d'où stagnation lacrymale et souvent larmolement.

Les granuleux ont une sécrétion lacrymale assez abondante et en outre une infiltration granuleuse des conduits qui les retient ou les oblitère ; d'où encore stagnation lacrymale et souvent larmolement.

La stagnation lacrymale dans l'ophtalmie phlycténulaire et granuleuse les exaspère. La stagnation augmente l'irritation oculaire et le réflexe lacrymal ; l'ophtalmie en rétrécissant les voies d'excrétion, accroît la stagnation lacrymale, et l'on se trouve dans un cercle vicieux d'où l'on ne peut sortir que par rétablissement hâtif des voies lacrymales ou par l'ablation des glandes principales ou accessoires.

De même d'ailleurs que l'état lymphatique nous donne la véritable

raison des lésions cornéennes chez les granuleux, de même il nous donne celle des lésions cornéennes chez les lacrymaux.

L'état lacrymal, en effet, ne produit guère la kératite chez les individus bien portants. M. Truc voit journellement dans son service des individus larmoyants depuis de nombreuses années avec cornées intactes ; par contre, certains individus, les femmes surtout, ont de bonne heure des lésions cornéennes ulcéreuses ; ce sont toujours des sujets très lymphatiques.

Dans ces kératites phlycténulaires, l'état lacrymal est une simple cause occasionnelle, l'état lymphatique est la cause fondamentale.

L'état lacrymal, agissant par le lymphatisme, se manifestera dans les ophtalmies granuleuses et phlycténulaires.

Elle nous donnera dans certains cas pour l'ophtalmie phlycténulaire une ophtalmie scrofulo-lacrymale et pour l'ophtalmie granuleuse une ophtalmie lacrymale scrofulo-granuleuse ; ce sont encore des combinaisons morbides (1).

(1) H. Truc, *L'ophtalmie granuleuse à Montpellier* (*Montpellier médical*, mai 1890).

H. Truc, *Quelques rapports entre les ophtalmies granuleuses, lymphatiques et lacrymales* (*Montpellier médicale*, avril 1891).

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE DE L'OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE

Les lésions de la conjonctive et de la cornée sont très communément associés et ne diffèrent que par leur siège ; il serait donc rationnel d'unir en un seul groupe ces diverses lésions similaires ; cependant nous pensons qu'il devient nécessaire, pour éclairer la description, de partager cette maladie en plusieurs espèces secondaires qui restent néanmoins groupés sous le même chef.

Nous distinguerons donc dans cette affection unique, la kérato-conjonctivite phlycténulaire, trois formes caractérisées par le siège des phlyctènes :

1° La conjonctivite phlycténulaire simple, dans laquelle la conjonctive est seule intéressée ;

2° La conjonctivite phlycténulaire miliaire, dans laquelle les pustules se localisent autour du limbe cornéen ;

3° La kérato-conjonctivite phlycténulaire proprement dite.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire présente comme signes objectifs caractéristiques une injection vasculaire plus ou moins accusée, la formation de phlycténules sur la conjonctive et sur la cornée, mais surtout elle s'accompagne d'une photophobie intense qui est toujours marquée à tel point qu'elle constitue le caractère le plus frappant de la maladie.

Ce symptôme est d'autant plus prononcé que les lésions s'avancent davantage du côté de la cornée.

Dès le début de l'affection, le malade tient la tête basse, les paupières closes et serrées, il fuit la lumière ; quand c'est un jeune enfant, il se cache le visage dans son coude replié et refuse même les jouets à l'aide desquels on sollicite son attention.

Cette photophobie, ce spasme si accusé de l'orbiculaire, s'atténue un peu le soir, mais sans disparaître complètement ; ils dureront autant que les phénomènes inflammatoires et se propageront même après lui.

En même temps que la photophobie, on observe un écoulement abondant de larmes qui jaillissent hors des paupières contractées.

Lorsqu'on aura affaire à un enfant et que, par la persuasion ou par la force, on aura pu s'assurer de sa tranquillité, les paupières seront écartées et on sera généralement surpris de voir que les symptômes de l'inflammation ne sont pas en rapport avec l'intensité de la photophobie. Le gonflement palpébral est faible et l'injection de la conjonctive très légère, surtout au début. Ce désaccord entre les symptômes objectifs et subjectifs est très frappant.

L'injection de la conjonctive qui existe cependant, se présente avec une configuration spéciale ; elle respecte d'ordinaire la muqueuse palpébrale et figure sur le bulbe des faisceaux triangulaires de vaisseaux tortueux, qui semblent venir des culs-de-sac et convergent vers un point de la périphérie de la cornée. Vers le sommet de ce triangle vasculaire, soit sur la conjonctive et non loin du limbe scléro-cornéen, soit sur la cornée elle-même, s'élève une petite bulle remplie d'un liquide hyalin ou gris jaunâtre, c'est la pustule, la phlycténule, caractéristique de la maladie.

S'il existe plusieurs de ces phlycténules de la cornée ou de la conjonctive, on en verra partir autant de ces triangles vasculaires dont nous avons parlé ; on peut donc rencontrer une injection conjonctivale généralisée dans le cas d'éruption pustuleuse confluyente.

Enfin, ces faisceaux d'injection vasculaire sont le siège d'une infiltration séreuse qui donne à la conjonctive, en ce point, un aspect légèrement boursoufflé.

Telle est la maladie à la période d'état ; du mode d'évolution variable de la phlycténule dépend la marche ultérieure des accidents.

Sur la conjonctive, la pustule peut s'affaïsser et se résorber simplement, ou encore s'ulcérer ou se guérir par cicatrisation, mais dans ces deux cas le processus offre peu de malignité.

Sur la cornée, il en est tout autrement. Si la phlycténule se résorbe sans s'ulcérer, il se produira par la suite un albugo, c'est-à-dire un véritable nuage de la cornée, qui n'aura en rien atteint la vitalité des éléments de cette membrane et qui disparaîtra complètement : la cornée redeviendra claire.

Si la phlycténule s'ulcère, en dehors des accidents de perforation, de staphylôme, de synéchies que peut entraîner le développement de l'ulcération, il ne pourra y avoir de guérison qu'au prix de la formation d'une cicatrice cornéenne ; il se produit alors un leucome, c'est-à-dire une taie souvent indélébile, constituée par un tissu cicatriciel qui se substitue au tissu transparent de la cornée. Dans ce cas, la cornée restera opaque ou blanchâtre sur une étendue variable.

Tels sont les accidents principaux qui pourront se présenter dans l'évolution de la kérato-conjonctivite phlycténulaire ; la présence, l'absence ou l'atténuation des uns ou des autres de ces phénomènes, permet, comme nous l'avons dit, de décrire à cette maladie plusieurs types :

PREMIÈRE FORME. — *Conjonctivite phlycténulaire simple.* — Dans cette forme, la plus simple de toutes, on n'observe que quelques rares phlycténules (parfois une seule) sur la conjonctive ; la cornée n'est nullement intéressée par la maladie. Les phlycténules siègent le plus souvent dans les parties qui avoisinent le limbe scléro-cornéen, parfois au niveau de ce limbe ; on observe l'injection vasculaire avec le type que nous avons indiqué plus haut, on observe aussi du blépharospasme, mais la photophobie et le larmolement sont bien moins prononcés que lorsque la cornée est atteinte. Les phlyctènes peuvent s'affaïsser et se résorber purement et simplement ; d'autres fois elles

s'ulcèrent, mais la petite perte de substance qui en résulte se cicatrise rapidement en se recouvrant d'épithélium. La maladie dure environ quinze jours.

DEUXIÈME FORME. — *Conjonctivite phlycténulaire miliaire*. — Cette variété de la maladie est caractérisée par ce fait qu'elle se localise de préférence, précisément au bord cornéen. Le limbe est entouré d'une collerette de muqueuse boursouflée et hérissée de saillies pustuleuses.

L'injection conjonctivale est vive, elle peut s'étendre au bulbe tout entier. Généralement les phlycténules ainsi formées se résorbent; toutefois, elles peuvent s'excorier et donner lieu à une série de pertes de substance qui, en se réunissant, constituent un ulcère en demi-lune ou en anneau. Malgré cet ensemble de phénomènes d'apparence grave, malgré un blépharospasme, une photophobie assez intense, cette forme de la maladie offre communément très peu de gravité. Il est même remarquable d'observer le contraste qui existe entre la marche rapide de la guérison et l'ensemble de ces symptômes plus alarmants que sérieux. La durée de la maladie est de deux à trois semaines.

TROISIÈME FORME. — *Kérato-conjonctivite phlycténulaire*. — Tout autre est la gravité de cette troisième forme de l'ophtalmie phlycténulaire, qui comprend les diverses variétés d'altérations dont la cornée peut être le siège. La conjonctive offre dans ce cas les lésions qui viennent d'être décrites isolément; toute la différence est dans l'état de la cornée, qui peut subir de plusieurs manières l'influence de la maladie.

a) La présence des pustules conjonctivales au niveau du limbe, sur le bord même de la cornée, peut entraîner des lésions de cette membrane, sans qu'il s'y développe de phlyctènes proprement dites. On voit partir de la portion du limbe qui correspond à la pustule une infiltration grisâtre, puis jaunâtre, qui s'étend en bandelette dans la direction

du centre de la cornée, en se recourbant parfois en arc ; on a donné à cette complication le nom significatif de *kératite en bandelette*. Arrivée à ce degré, l'infiltration cornéenne peut rétrocéder, diminuer et tendre à disparaître ; mais, le plus souvent, la partie superficielle du tissu cornéen se boursoufle et s'excorie pour donner lieu à un ulcère allongé, également en bandelette, et dans lequel s'avancent aussitôt des vaisseaux venus du limbe conjonctival. Il est rare de voir cette ulcération devenir assez profonde pour qu'on puisse craindre la perforation et, généralement, la réparation se fait par la production d'un tissu de cicatrice qui comble peu à peu la dépression ulcéreuse. Il reste nécessairement un leucome plus ou moins considérable, qui peut à la longue devenir moins opaque et moins étendu.

b) Quelquefois, également sans production de phlyctènes cornéennes, on voit partir du limbe une vascularisation fine qui se dirige progressivement et concentriquement vers le milieu de la cornée. Ici, la lésion n'apparaît plus sous la forme de bandelette, mais elle se présente comme une altération concentrique du tissu cornéen, qui devient nuageux et se recouvre d'un lacis vasculaire progressivement accentué. Ce pannus (pannus, drap rouge, parce que la cornée paraît couverte d'un voile uniformément rouge) est partiel ou total, suivant qu'une partie ou que la totalité de la convexité cornéenne a été recouverte par les progrès de la vascularisation.

c) Voici enfin cette dernière variété, qui comprend les altérations de la cornée causées par la présence de phlyctènes véritables. La phlyctène peut être centrale, arrondie ou ovale, mais d'allure bénigne, et dans ce cas il se produit, soit un affaissement de cette pustule et une résorption pure et simple, soit une exulcération légère qui détruit seulement l'épithélium. Les suites de cet accident sont ordinairement simples, il reste sur la cornée un nuage opalescent peu visible. D'autres fois, la phlyctène repose sur une infiltration de la cornée, infiltration épaisse, grise, puis jaunâtre et qui envahit successivement les lames les plus postérieures de cette membrane. A ce degré, il s'est formé un véritable abcès de la cornée caractérisé par

l'infiltration purulente des lames transparentes. Cette infiltration, tant qu'elle est maintenue dans l'épaisseur de la cornée, constitue ce qu'on appelle l'onyx ; lorsqu'elle rompt la barrière formée par la membrane de Descemet et qu'elle s'épanche dans la chambre antérieure, elle y forme une collection jaunâtre rassemblée dans les parties déclives et qu'il est facile d'observer à travers la cornée restée toujours un peu transparente ; c'est l'hypopyon.

Les infiltrations purulentes de la cornée, les abcès, peuvent donc se rompre dans la chambre antérieure, et la suppuration qui s'y établit entraîne des désordres variés et graves de l'iris et des membranes profondes, iritis, exsudats de la pupille, synéchies.

Si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, la perte de substance se produit sous la forme d'une ulcération taillée à pic, souvent profonde, qui met en danger de rupture la membrane de Descemet privée de son soutien. La perforation peut alors se produire, susceptible d'entraîner avec elle les accidents que nous connaissons déjà.

Les réparations de ces désordres graves, mais assez rares heureusement, ne s'obtiennent qu'au prix de l'établissement d'un tissu cicatriciel sous la forme de leucome. Suivant l'étendue et la profondeur des lésions ulcératives, ces leucomes sont eux-mêmes plus ou moins étendus et épais. Au centre de ces taches cicatricielles, la transparence de la cornée est perdue à tout jamais, mais le tissu redevient progressivement transparent sur les bords.

En dehors de cette opalescence de la cornée, il peut rester encore comme lésion indélébile, un astigmatisme irrégulier, plus ou moins prononcé, et qui résulte de la déformation de l'ellipse cornéenne que la cicatrisation disposée en facettes altère au point de vue de la marche des rayons lumineux.

Quelle que soit la variété d'ulcération à laquelle on ait affaire, les symptômes subjectifs, le blépharospasme, la photophobie, le larmolement, sont toujours très intenses et bien plus prononcés ici que dans la conjonctivite phlycténulaire simple.

CHAPITRE III

DE L'ORIGINE DE L'OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE

Il est facile de voir par l'exposé que nous avons fait dans le chapitre précédent que l'ensemble symptomatique de l'ophtalmie phlycténulaire est caractéristique et que cette affection sera facilement reconnue. En même temps que l'état oculaire, il convient de noter aussi l'état régional et l'état général; ces trois éléments sont connexes et paraissent étroitement solidaires.

L'ophtalmie phlycténulaire est en effet une affection préparée par l'état général et créée par une infection locale. M. Truc nous enseignait qu'elle est produite chez les lymphatiques par une affection externe, et, pour exprimer toute sa pensée clinique, il l'appelait généralement *ophtalmie lymphatique infectieuse* (1).

Cette idée de l'origine infectieuse de l'ophtalmie phlycténulaire n'est pas admise par tous les auteurs, et actuellement la question est parfaitement divisée : quelques-uns considèrent l'ophtalmie phlycténulaire comme une manifestation directe de la scrofule, du lymphatisme; les autres, plus nombreux, en font une affection parasitaire essentiellement locale; nous estimons, pour notre part, que scrofule et principe infectieux sont deux facteurs généralement solidaires et qu'ils jouent chacun un rôle important.

(1) H. Truc, *Ophtalmie phlycténulaire, son origine infectieuse* (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*. Montpellier, 1890).

Quelques citations empruntées aux ouvrages modernes nous rendront parfaitement compte de la question.

Sichel (1) et Rognetta (2) n'émettent pas de doute sur l'origine lymphatique de la maladie.

Desmarres (3) regarde aussi cette affection comme scrofuleuse : « C'est à cette inflammation, dit-il, qu'on a donné le nom d'*ophtalmie scrofuleuse*, bien qu'à juste titre on eût pu lui donner celui d'*ophtalmie* du jeune âge, parce que c'est incontestablement chez les enfants, quelle que soit leur constitution, qu'on la voit se développer. »

Milcent (4) dit que cette maladie constitue « un des symptômes les plus fréquents de la scrofule. »

Baudelocque est du même avis.

Dans l'ouvrage de Follin et Duplay, nous trouvons le passage suivant : « On s'accorde à considérer cette affection dans la plupart des cas comme une manifestation de la scrofule. »

Panas (5) est d'avis que la cause principale de cette forme d'*ophtalmie* est « l'état lymphatique scrofuleux chez les enfants. »

Abadie, de Saint-Germain, font jouer aussi à la scrofule le principal rôle dans la production de la maladie.

Pour Mackensie, la phlyctène est toujours sous la dépendance d'un état scrofuleux.

A côté de ces partisans convaincus de l'origine scrofuleuse, voyons quels sont ceux qui se sont élevés contre cette manière de voir, contre une pathogénie mal délimitée et qui ne s'appuie pas sur une base solide.

Un des premiers, Fano (6) protesta et ses conclusions sont fort nettes : « Concluons donc, dit-il, que chez le scrofuleux il peut se déve-

(1) Sichel, *Traité d'ophtalmologie* (1837).

(2) Rognetta, *Traité pratique et clinique d'ophtalmologie* (1844).

(3) Desmarres, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* (1847).

(4) Milcent, *De la scrofule* (1846).

(5) Panas, *Leçons sur les kératites* (1876).

(6) Fano, *Traité pratique des maladies des yeux* (1866).

lopper diverses phlegmasies oculaires ; qu'il n'existe pas un rapport constant entre la diathèse strumeuse et une forme donnée d'ophtalmie, que les caractères assignés à l'ophtalmie des scrofuleux se rencontrent chez les sujets les plus éloignés de la diathèse strumeuse, et qu'en conséquence il est impossible d'admettre une ophtalmie scrofuleuse ou lymphatique. »

Voici ce que dit Thobois (1) dans sa thèse inaugurale :

« L'œil est un organe qui reflète et traduit par les maladies qui l'atteignent, toutes les diathèses, les faiblesses de constitution de l'individu. Chez le rhumatisant, nous trouvons la conjonctivite, la sclérite, l'iritis rhumatismales ; chez le syphilitique, l'iritis, la rétinite syphilitiques, la kératite d'origine syphilitique, etc., etc... »

» De même, chez le scrofuleux, nous aurons les phlyctènes (kératite et conjonctivite phlycténulaires). »

D'après Meyer, l'ophtalmie phlycténulaire se rencontrerait aussi souvent chez les enfants qui jouissent d'une bonne santé que chez ceux qui sont mal nourris ou scrofuleux, et le nom d'ophtalmie scrofuleuse ne serait nullement justifié.

Dans leur traité complet d'ophtalmologie, de Wecker et Landolt (2) disent : « Assez souvent on rencontre l'ophtalmie phlycténulaire chez des enfants mal nourris, faibles et atteints d'engorgements ganglionnaires scrofuleux. Cette coïncidence si fréquente a décidé beaucoup de praticiens à donner à cette maladie le nom d'*ophtalmie scrofuleuse*. Quoiqu'il faille convenir qu'elle se rencontre très fréquemment chez des enfants présentant des symptômes de scrofule, d'éruptions cutanées, il serait néanmoins téméraire de regarder le début de cette maladie comme le signe pathognomonique d'une dyscrasie. »

Nous trouvons plus loin la même idée à propos de la kératite phlycténulaire : « Il eût été bien extraordinaire qu'on ne la mît pas sur le compte d'une diathèse, et c'est à la scrofule qu'on l'a subordonnée de

(1) Thobois, *Kérato-conjonctivite phlycténulaire* (Thèse de Paris, 1874).

(2) De Wecker et Landolt, *Traité complet d'ophtalmologie* (1886).

préférence. Un examen exempt de prévention montre que cette kératite ne coïncide pas aussi souvent avec un vice scrofuleux qu'on a bien voulu le dire ; mais on s'explique que les auteurs aient pensé autrement, tant il est facile de se laisser aller à chercher, partout où l'on en trouve l'apparence, les symptômes d'une affection aussi mal définie. »

Enfin Augagneur (1) et Désir de Fortunet (2) vont encore plus loin et font de l'ophtalmie phlycténulaire une affection purement externe succédant, dans presque tous les cas, à une rhinite elle-même produite par une inoculation de cause variable, ordinairement du virus de l'impétigo du cuir chevelu. L'impétigo entraîne une rhinite qui entraîne à son tour l'ophtalmie. Impétigo, rhinite ou ophtalmie phlycténulaire n'auraient rien à voir avec le lymphatisme et seraient absolument de cause externe.

Voici du reste comment s'exprime de Fortunet :

« L'inflammation qui s'est propagée par les voies lacrymales jusqu'à la conjonctive et à la cornée déterminera une lymphangite septique qui, marchant en sens inverse, provoquera cet œdème de la lèvre dont on a voulu faire un signe presque pathognomonique de la scrofule. Si on ajoute à cela que les ganglions maxillaires se sont engorgés tant par le fait de la lésion des téguments de la face que par celle des muqueuses, on obtient le tableau parfait de ce qu'on appelle encore un type de scrofuleux, et cela cependant sans faire intervenir aucune influence diathésique.

On pourra nous objecter que ces lésions ne se rencontrent que chez l'enfant et le plus ordinairement des enfants chétifs et malingres, ce qui paraît bien correspondre à l'idée d'une diathèse.

De plus, il n'y a rien d'étonnant que cette affection frappe principalement l'enfant. Le facies scrofuleux n'est pour nous que le résultat d'une lymphangite septique ; or les anatomistes nous disent qu'au

(1) Augagneur, Communication à la Société des sciences médicales (2 mai 1888).

(2) Désir de Fortunet, *Pathogénie et traitement de l'ophtalmie dite des scrofuleux* (Thèse de Lyon, juillet 1888).

moment de la croissance le système lymphatique est relativement plus développé. N'est-il pas naturel d'admettre qu'alors il sera aussi plus vulnérable?

D'autre part, un travail de croissance exagéré exige des échanges nutritifs d'une extrême intensité. Pour peu que la nutrition soit momentanément ralentie par suite de causes multiples, telles que fièvres éruptives, affections pulmonaires, troubles intestinaux, il s'ensuivra forcément un état de débilitation qui favorisera dans les tissus anémiés le développement de micro-organismes nombreux.

La cornée et la conjonctive sont donc inoculées le plus souvent par l'organisme pathogène de l'impétigo du cuir chevelu; elles peuvent être envahies aussi par d'autres microbes cultivés dans les fosses nasales.

Les kérato-conjonctivites chroniques des enfants doivent donc être enlevées du cadre de la scrofule; ces lésions ne sont pour nous que des lésions inflammatoires simples, produites par l'agression de micro-organismes divers. »

Nous ne pouvons, quant à nous, adopter entièrement la manière de voir d'Augagneur et de Désir de Fortunet, et nous faisons jouer un grand rôle au lymphatisme.

Les citations précédentes nous montrent que la plupart des auteurs ont regardé l'ophtalmie phlycténulaire comme une manifestation du lymphatisme, et nous n'y reviendrons pas; nous ne nous occuperons pas davantage des recherches récentes qui tendent à supprimer la scrofule pour agrandir d'autant le cadre de la tuberculose et de la syphilis, et nous conserverons cette notion clinique de strume, de lymphatisme, de scrofule, qui n'en reste pas moins très compréhensible et très précieuse dans le langage médical.

C'est cet état lymphatique qui, d'après les observations de la clinique, constitue le terrain favorable de l'ophtalmie phlycténulaire.

La scrofule, on le sait, peut débiter dès la première année de la vie; les enfants à la mamelle ou voisins de la dentition ont des éruptions impétigineuses de la tête ou de la face. Plus tard,

ce sont des croûtes, de l'impétigo, du suintement du nez et des oreilles, des engelures qui s'ulcèrent. Les engorgements ganglionnaires apparaissent souvent vers la seconde dentition (tempérament lymphatique). Les adénites scrofuleuses se font par poussées successives, sont souvent limitées aux ganglions du cou et atteignent parfois les ganglions bronchiques et les ganglions mésentériques (carré). Les adénites cervicales sont isolées ou multiples; elles se terminent par résolution ou aboutissent à des suppurations quelquefois interminables qui laissent des cicatrices indélébiles.

L'aspect du petit scrofuleux est caractéristique : la lèvre supérieure est volumineuse et avançante, le nez est tuméfié, le menton est aplati; les amygdales sont exubérantes; l'enfant est sujet aux angines et aux coryzas.

A un âge plus avancé, apparaissent les scrofulides, dermatoses, qui ont pour siège de prédilection la tête et la face. Ces scrofulides sont surtout érythémateuses, vésiculeuses et pustuleuses; elles ont souvent une teinte violacée et ne provoquent ni douleurs ni démangeaisons. Nous ne parlerons pas des manifestations plus tardives de la tuberculose, telle que le coryza chronique et ulcéreux, les scrofulides ulcéreuses de la gorge, le lupus, etc., du reste, le cadre de notre travail ne nous le permet pas et nous ne devons pas oublier que c'est d'une maladie essentiellement infantile que nous nous occupons.

Les 981 ophtalmiques que nous avons observés sont presque tous des scrofuleux ou des lymphatiques; ils le sont à un degré plus ou moins avancé. De plus, parmi ces 981 malades, nous trouvons d'une part 59,5 % de femmes et d'autre part 58,5 % d'enfants au-dessous de sept ans, 29,9 % de sept à quinze ans, soit 88,4 % au-dessous de quinze ans. Or, n'est-ce pas chez la femme et l'enfant que domine le lymphatisme? Si on ajoute à ces considérations que beaucoup de malades sont chétifs, qu'ils font usage d'une nourriture mal comprise ou insuffisante, qu'ils vivent dans des habitations mal aérées ou malsaines, qu'il sont soumis, en un mot, à une hygiène détestable, on aura réuni toutes les conditions de déchéance organique, originelle ou

acquise, qui favorisent l'apparition de l'ophtalmie. Le lymphatisme est donc le terrain de l'ophtalmie phlycténulaire.

Reconnaissant toute l'influence du lymphatisme, on peut lui rapporter les lésions phlycténulaires de l'œil et les lésions similaires des téguments, penser que l'ophtalmie phlycténulaire, l'eczéma, l'impétigo, la rhinite, ont une commune origine, sont produites simultanément ou successivement par les mêmes causes.

Cette notion est conforme à l'observation journalière et, de plus, elle découle des données qui établissent la continuité anatomique de la peau, de la pituitaire, de la conjonctive et de l'épiderme cornéen.

Mais le lymphatisme pourrait n'être que le terrain favorable au développement de la maladie, et, étant admis l'origine de la plupart de ces éruptions cutanées, on serait naturellement porté à reconnaître une cause infectieuse à l'ophtalmie phlycténulaire. Or cette origine infectieuse paraît cliniquement établie, car elle ressort de l'observation journalière.

On avait noté la coexistence fréquente de la rhinite, de l'eczéma, de l'impétigo avec l'ophtalmie phlycténulaire; les dernières recherches, et surtout celles d'Aügagneur, ont montré qu'il y avait là plus que coïncidence.

De notre côté, nous voyons sur 981 malades, 139 fois de l'impétigo, 56 fois de la rhinite, 9 fois de l'otite, soit plus de 20 pour 100; il faut noter aussi que, dans bien des cas, des croûtes ou des pustules passent inaperçues et on voit alors combien sont fréquentes ces lésions auriculaires, nasales ou cutanées.

Bien des fois, ce n'est qu'à l'aide d'un examen attentif qu'on découvre chez le malade quelques croûtes ou quelques pustules dans les cheveux.

Il y a plus : l'infection est favorisée par le manque de propreté des malades; les uns ont les cheveux longs, remplis de pellicules et de poux; d'autres sont couverts de crasse; presque tous ont des mains sales, des ongles noirs et longs qu'ils promènent sur leurs vêtements souillés et portent fréquemment à leurs yeux. A la clinique nous avons

observé ces conditions favorables à l'infection externe ; à l'hôpital, M. Truc a observé une proportion générale de 12 pour 100, et dans sa clientèle particulière, une proportion de 3 pour 100.

Dans ces cas, il y avait outre le lymphatisme, de la rhinite, de l'impétigo, de l'eczéma ; les malades avaient les ongles longs et noirs, la tête ou les oreilles sales : au terrain lymphatique s'ajoutait la graine infectieuse.

De plus, les bienfaits que l'on retire du traitement antiseptique montrent combien cette malpropreté est funeste aux malades.

Nous avons dit que presque tous les auteurs avaient noté la coexistence fréquente de la rhinite et de l'ophtalmie ; mais, si tous ont vu la rhinite, bien peu ont pensé à étudier ses rapports immédiats, d'une part avec la conjonctivite phlycténulaire, d'autre part avec les éruptions de la face, et à signaler l'extension possible par les voies lacrymales. Ils se sont presque tous contentés de mettre ces lésions sur le compte de la diathèse strumeuse, sans chercher à établir entre les unes et les autres une relation de cause à effet.

Nous n'avons trouvé l'indication bien nette de cette migration particulière de la maladie que dans la thèse de Desairre et l'ouvrage de Bouchut :

« L'irritation de la pituitaire, dit le premier, se prolongeant à la muqueuse du canal nasal, et par voie de continuité à la conjonctive, donne naissance à des blépharites rebelles. » Parmi les lésions des muqueuses relevant de la scrofule, Bouchut place naturellement le coryza, « qui, s'il se prolonge, fait grossir la lèvre supérieure et le nez lui-même, donne lieu à une inflammation de même nature dans le canal nasal, remonte dans les conduits lacrymaux et vient s'épanouir sur le bord des paupières ou à la surface de l'œil. »

Ferriès et Hardy signalent également l'extension de la rhinite aux organes voisins, mais ils semblent en quelque sorte s'arrêter en chemin. Ils indiquent seulement la tumeur lacrymale pouvant plus tard amener une fistule, et ne font pas franchir à l'inflammation l'orifice des points lacrymaux.

Avec nos connaissances actuelles sur l'inoculabilité et la nature infectieuse de l'impétigo du cuir chevelu ou de l'eczéma de la face, « il est facile, dit M. Augagneur, d'admettre à *priori* la possibilité d'une inoculation de la conjonctive par les doigts souillés du pus qu'ils ont cueilli sur la tête. »

Dans d'autres cas, il est inutile de faire intervenir cette contagion médiate ; les lésions de la face s'étendant de proche en proche arrivent jusqu'aux bords libres des paupières, et, à la première occasion favorable, l'agent infectieux pourra pénétrer dans la place. Ces différents modes d'extension de la maladie se rencontrent de temps à autre, mais ils paraissent moins intéressants, moins curieux et surtout moins fréquents que celui qui emprunte sa route aux voies lacrymales.

Si l'on ne peut pas suivre pas à pas l'agent infectieux dans sa migration vers la conjonctive, parce que les voies lacrymales échappent à l'examen direct, on remarque chez les malades des particularités qui viennent pleinement confirmer cette opinion.

Chez des malades porteurs d'anciennes lésions de l'œil, on voit quelquefois une nouvelle poussée de conjonctivite suivre de près le retour à l'état subaigu d'une rhinite ancienne. D'autres présentent depuis longtemps des ophtalmies à répétition, ainsi qu'une vieille rhinite. L'inflammation nasale, en effet, persistant en dépit d'un traitement qui ne s'adressait qu'à l'œil, explique parfaitement cette longue série des recrudescences de la conjonctive. Souvent la rhinite est manifestement localisée, ou au moins beaucoup plus marquée d'un côté, et l'œil correspondant est précisément le malade. Désir de Fortunet cite les deux cas suivants, tout entiers à l'appui de l'opinion que nous soutenons : Une jeune fille a de l'acné et un peu de rhinite chronique, elle prend un érysipèle à début nasal, sa rhinite passe à l'état subaigu, et un mois plus tard elle voit apparaître une conjonctivite ; un malade porteur d'impétigo du cuir chevelu ne voit se développer que bien longtemps après une conjonctivite, mais cette dernière suit de très près l'apparition de la rhinite. Nombreux sont les

cas où l'ophtalmie phlycténulaire n'a pu être guérie d'une manière définitive qu'après l'extinction préalable d'un vieux foyer de rhinite. La même idée fut défendue par M. le professeur Renaut (de Lyon) à la Société des sciences médicales. Il rapporta le cas d'une jeune fille de dix-huit ans, qui était atteinte d'eczéma impétigineux du pourtour des oreilles. L'éruption vint se localiser à l'entrée de l'une des fosses nasales ; brusquement une conjonctivite unilatérale et intense apparut. L'autre œil se prit plus tard, au moment où se déclarait une rhinite du même côté. Il y a longtemps également que M. le professeur Gayet (de Lyon) fait remarquer dans ses cliniques que l'état des fosses nasales et des voies lacrymales est de la plus haute importance dans le pronostic de l'opération de la cataracte. C'est souvent chez des individus adonnés au tabac qu'on voit survenir des complications inflammatoires du côté de la cornée.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces rapports directs entre les deux lésions du nez et de l'œil ; le fait clinique, déjà bien nettement exprimé par Bouchut et Desaiivre, a pour lui des arguments trop nombreux.

Un second fait tout aussi net, c'est la coexistence de la rhinite avec l'eczéma de la face ou l'impétigo du cuir chevelu. Une fois la porte d'entrée ouverte, soit par les poux, soit par la gale, soit par les excoriations survenues aux lèvres pendant la saison froide, soit même par un traumatisme, l'éruption apparaît, elle provoque un prurit continuel ; l'enfant porte les doigts à sa lésion et parfois on peut observer le développement d'une tourniole. En tous cas, l'ongle chargé de matières septiques est introduit dans l'orifice des fosses nasales et la rhinite ne tarde pas à se montrer ; de là, l'inflammation va se propager par les voies lacrymales jusqu'à la conjonctive et à la cornée.

L'ophtalmie phlycténulaire est donc aussi une affection infectieuse. C'est à la fois une affection lymphatique et infectieuse.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous venons de voir que dans l'ensemble pathogénique de l'ophtalmie phlycténulaire il faut tenir compte de l'état général, de l'état tégumentaire et de l'état oculaire. Ces considérations dominent le traitement de la maladie et impliquent un traitement à la fois général, régional et local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Nous insisterons peu sur le traitement général, dont les ressources seront variées et qui sera plutôt hygiénique que médicinal. Les accidents cornéens sérieux exigent le maintien au lit et dans l'obscurité; les enfants atteints de formes légères se trouvent également bien de ne pas s'exposer à la lumière qu'ils sont, du reste, disposés à fuir en raison de leur photophobie.

Pour ce qui est du traitement interne, il est à peine besoin de dire que les médicaments seront dosés suivant l'âge, variés et alternés, car la médication doit souvent être de longue durée. En tête de ces médicaments est l'huile de foie de morue, que l'on administre surtout pendant la saison d'hiver et au moment des repas. Aux enfants de trois à six ans, il convient d'en donner deux cuillerées à café par jour; au-dessus de cet âge, deux ou trois grandes cuillerées ne sont pas de trop toutes les vingt-quatre heures. Le fer et principalement

ses préparations solubles sont d'une grande utilité. Une des meilleures est le sirop de proto-iodure de fer à la dose d'une cuillerée à dessert avant chaque repas. Les pastilles de chocolat au phosphate de fer peuvent le remplacer chez les enfants récalcitrants.

M. le professeur Truc obtient des résultats excellents avec le sirop iodo-tannique qu'il donne ordinairement aux jeunes scrofuleux, à l'exclusion de toute autre médication interne.

Enfin, le vin de quinquina, le sirop antiscorbutique et le sirop de phosphate de chaux sont aussi des préparations excellentes dont il faut combiner l'emploi avec les moyens précédents.

Les bains et l'hydrothérapie tiède (drap mouillé, éponge) ne doivent pas être négligés. On peut donner aux petits malades deux ou trois bains sulfureux ou salés par semaine, à la condition de ne pas prolonger leur durée plus de quinze ou vingt minutes. Mieux encore, on peut les envoyer aux sources minérales, telles que Salins, Uriage, Kreuznach, les Eaux-Bonnes ou sur les bords de la mer, lorsque toute inflammation aiguë aura complètement disparu.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'une alimentation azotée et abondante est de rigueur? Il en est de même des promenades au grand air et du séjour à la campagne qui seront toujours recommandés.

Enfin par-dessus tout, on insistera sur l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, et nous dirions volontiers avec un auteur classique : « La misère et l'ignorance sont ici bien plus difficiles à combattre que la maladie elle-même. »

TRAITEMENT RÉGIONAL

Le traitement régional comprend la toilette d'ensemble, interne et locale de l'individu. Nous ne devons pas oublier que les inflammations chroniques des yeux et du nez sont avant tout de nature parasitaire, et le remède doit porter là où le microbe existe.

Nous avons trop fait remarquer combien la coexistence des érup-

tions eczémateuses et impétigineuses et de la rhinite avec l'ophtalmie phlycténulaire étaient fréquentes pour que nous n'insistions pas ici sur la nécessité de s'adresser simultanément à ces lésions; en agissant autrement, en ne soignant que l'ophtalmie par exemple, parce que ses symptômes sont plus alarmants on pourra obtenir une grande amélioration et même une guérison; mais l'ennemi ne tardera pas à faire une nouvelle sortie du côté du globe oculaire; c'est ce que l'on observe tous les jours.

Les éruptions eczémateuses ou impétigineuses qui se font si fréquemment sur le nez et les paupières des malades seront nettoyées avec soin à l'aide de liquide antiseptique; la base des cils surtout sera débarrassée de ses croûtes, décapée avec précaution. Puis les parties excoriées ou irritées seront saupoudrées de poudre de calomel ou enduites d'une couche de pommade à l'oxyde de zinc (2 grammes pour 30).

On peut aussi retirer des avantages de la pommade suivante :

Huile de cade.	0,25
Précipité rouge	0,10
Camphre	0,25
Vaseline	10 gr.

Contre la rhinite chronique nous disposons de deux armes principales : les poudres et les liquides antiseptiques.

On emploie généralement la poudre de camphre unie à l'acide borique :

Camphre.	} aa
Acide borique	

Quant aux douches nasales, elles sont très utiles dans le traitement des ulcérations de la muqueuse du nez et l'irrigation est le seul moyen de faire pénétrer le médicament dans toute l'étendue des fosses nasales.

Le manuel de la douche nasale est des plus simples :

Un tube de caoutchouc terminé par une petite olive perforée plonge par son autre extrémité dans un récipient placé à un mètre ou à un mètre et demi au-dessus de la tête du malade. On introduit alors l'olive dans l'un des orifices du nez et l'on fait passer le courant. Le liquide, après avoir rempli toute la cavité nasale, revient par l'autre narine. Pendant ce temps, le malade peut respirer par la bouche sans qu'une seule goutte de liquide ne pénètre dans le pharynx. Ce fait physiologique est connu sous le nom d'expérience de Weber.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer le relèvement permanent du voile du palais ; le moyen pratique seul doit nous arrêter ici ; les solutions d'acide borique surtout ont été recommandées.

Enfin, si l'on tient compte combien l'infection paraît favorisée dans la plupart des cas et créée dans beaucoup par le manque de propreté, ainsi que nous l'a fait constamment observer M. le professeur Truc à sa clinique, on comprendra, sans qu'il soit besoin d'insister, combien il est important de soigner la toilette des malades.

On fera battre et changer les habits, laver à l'éponge tiède tout le corps, couper les cheveux et savonner le cuir chevelu, tailler les ongles et laver les mains à la brosse et au savon.

TRAITEMENT LOCAL

Nous envisagerons séparément le traitement de la conjonctivite et celui de la kératite.

TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE

Le traitement de la conjonctivite phlycténulaire est des plus simples, quand il n'existe pas de complications et il donne généralement des résultats rapidement satisfaisants.

On emploie beaucoup le calomel ; il est très irritant et peu utile. M. Truc n'en a jamais retiré aucun avantage sérieux et il y a à peu près renoncé.

Le véritable traitement de la conjonctivite phlycténulaire consiste à mettre chaque jour gros comme un pois entre les paupières de la pommade suivante :

Oxyde jaune d'hydrargyre. . 0,10
Vaseline. 5 grammes.

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE PHLYCTÉNULAIRE

Le traitement de la kératite phlycténulaire doit être dirigé :

- I. — Contre la maladie elle-même;
- II. — Contre ses complications.
- III. — Contre certains symptômes prédominants

I. — Lorsqu'on a à traiter une kératite phlycténulaire, la première indication à remplir est de combattre l'irritation locale déterminée par la présence des phlyctènes, et de la maintenir dans de justes limites.

Pour cela, l'emploi de l'atropine est le moyen le plus efficace ; on ordonnera donc l'instillation de II ou III gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine. 0 gr. 02
Eau distillée 10 grammes.

Chez les jeunes enfants, l'emploi de l'atropine doit être surveillé ; on a vu, dans certains cas, survenir des phénomènes d'intoxication générale à la suite de l'emploi prolongé de collyres à l'atropine. Cette indication une fois remplie, il faut s'occuper de l'état des phlyctènes et examiner si elles sont ulcérées ou non ulcérées, si la vascularisation qui les accompagne est normale ou exagérée.

1° Lorsque les phlyctènes ne sont pas encore ulcérées, on doit chercher à en hâter l'évolution par des lotions chaudes au moyen de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, mise en vogue par Pagentecher. Cet auteur l'employait à la dose suivante :

Précipité jaune. 1 gramme.
Cold cream 8 à 10 —

A cette dose, cette préparation est fort active et douloureuse, il est nécessaire de ne la laisser séjourner dans le cul-de-sac conjonctival que deux ou trois minutes, et d'essuyer avec un linge fin la conjonctive de la paupière inférieure, afin d'éviter une irritation trop prolongée de la muqueuse. C'est pour éviter cet inconvénient qu'on peut faire usage d'une pommade beaucoup moins concentrée, telle que :

Oxyde jaune d'hydrargyre. . .	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Vaseline	10 grammes.

Une certaine quantité de cette pommade est introduite entre les paupières avec un pinceau, une ou deux fois par jour ; on a soin ensuite d'établir un massage sur les paupières afin de la répandre sur toute la surface de l'œil.

Faut-il ouvrir les phlyctènes pour en vider le contenu et en hâter la guérison ? Cette petite opération n'est en tous cas possible que lorsque les phlyctènes sont assez grosses et convient surtout à celles qui se développent sur la conjonctive bulbaire.

2° Lorsque les phlyctènes sont ulcérées, la pommade à l'oxyde jaune trouve encore son application.

3° Dans les cas où la vascularisation de la cornée est très prononcée, faut-il agir directement sur les vaisseaux par des excisions ou des scarifications pour chercher à les faire disparaître ou à en diminuer le nombre ? Il ne faut pas oublier ici que les vaisseaux sont chargés de fournir à la cornée des éléments réparateurs. Leur présence est donc nécessaire et le meilleur moyen d'en obtenir la disparition est de guérir les phlyctènes ou les ulcérations qui en sont la cause ou le point de départ. Toutefois, lorsqu'ils semblent s'éterniser et n'être plus en rapport avec le nombre et l'étendue des lésions phlycténulaires, on peut faire quelques scarifications sur le bord de la cornée à l'aide du scarificateur de Desmarres.

4° La forme miliaire de la maladie réclame le même traitement, que la variété précédente, mais la forme pustuleuse présente des indications spéciales.

En vue des ulcérations profondes qui se produisent, on doit substituer le collyre d'ésérine au collyre d'atropine, à la dose d'une à trois gouttes par jour, selon la formule suivante :

Sulfate neutre d'ésérine	0,02
Eau distillée	10 gr.

Tout traitement irritant doit être banni et on doit se contenter des compresses chaudes et des douches de vapeur ; lorsque la perforation devient imminente, la kératotomie est indiquée.

5° Enfin, lorsque la kératite phlycténulaire a amené la vascularisation de toute l'étendue de la cornée, le traitement doit être l'objet de prescriptions rigoureuses, car l'affection est tenace et très rebelle

Les instillations du collyre d'atropine, plus ou moins fréquentes, selon le degré de la maladie, et la pommade à l'oxyde jaune plutôt que le calomel, en font la base. Mais le moyen le plus efficace consiste dans l'emploi des douches de vapeur d'eau chaude, données à l'aide de l'appareil vaporisateur de Lourenço.

Pour prendre ces douches, le malade applique une compresse sur ses yeux, afin de les protéger contre les particules d'eau entraînées quelquefois par la vapeur et se place à une distance de vingt à trente centimètres de l'appareil, le front appuyé contre une plaque spécialement disposée à cet effet. Un jet de vapeur d'eau est alors projeté sur un œil ou sur les deux yeux pendant quinze ou vingt minutes. Ces douches doivent être renouvelées tantôt une ou deux fois par jour, tantôt tous les deux ou trois jours. Elles constituent un moyen thérapeutique excellent que nous plaçons bien au-dessus des fomentations chaudes ordinairement employées.

II. Tel est le traitement de la kératite phlycténulaire. Arrivons maintenant au traitement des complications qui méritent ici une attention toute particulière.

Parmi ces complications, les principales sont :

1° Les poussées inflammatoires aiguës qui se déclarent quelquefois dans le cours de la kératite phlycténulaire ;

2° La transformation des phlyctènes en abcès et en ulcères profonds ;

3° L'état catarrhal de la conjonctive.

1° Quand on voit les phlyctènes de la cornée donner lieu à une injection périkeratique considérable, accompagnée de vive photophobie, de larmoiements et de douleurs ciliaires, les scarifications conjonctivales légères sont utiles. On continue en même temps les instillations d'atropine, l'emploi des compresses chaudes, et on suspend pendant quelques jours l'usage de la pommade à l'oxyde jaune, pour la reprendre dès que la crise aiguë a cessé. Quand il s'agit d'un enfant, on ne doit pas craindre de lui retirer une faible quantité de sang pour avoir le bénéfice d'un soulagement certain et rapide.

2° Lorsque les phlyctènes se transforment en de véritables abcès ou en ulcères profonds, ce dont on peut se rendre compte facilement au moyen de l'éclairage oblique, le traitement des abcès et des ulcères leur est entièrement applicable. Si on redoute une perforation, on remplace l'atropine par l'ésérine, afin de diminuer la tension intra-oculaire et dans le but d'éviter autant que possible le prolapsus de l'iris. On pratiquera l'antisepsie conjonctivale et lacrymale, les scarifications et la cautérisation ignée pendant l'anesthésie.

3° Il n'est pas rare de voir un état catarrho-purulent de la conjonctive se développer en même temps que les phlyctènes et engendrer une kérato-conjonctivite purulente lymphatique. Un attouchement au nitrate en solution faible peut alors être utile ; si des exsudats croupoux se montrent, on aura recours aux scarifications et aux douches.

III. — Dans le traitement de la kératite phlycténulaire, on doit aussi tenir compte de certains symptômes qui sont quelquefois tellement prédominants qu'il faut diriger contre eux des moyens spéciaux : nous voulons parler ici de la photophobie et du blépharospasme.

Tant que la photophobie n'est pas très vive, il suffit de protéger les yeux soit avec un carré de soie noire flottant, soit au moyen de conserves teinte fumée, forme coquille, entourées de taffetas noir. Le

traitement de la maladie tel que nous l'avons indiqué (atropine, pom-
made à l'oxyde jaune) est alors le meilleur moyen pour combattre ce
symptôme.

Si cette photophobie s'accroît, la cocaïne, avec le calme qu'elle
procure aux malades, sera d'un grand secours et trouvera son indi-
cation.

Cette photophobie est surtout dangereuse en ce qu'elle occasionne
un blépharospasme; de là une compression fâcheuse de la cornée au
point de vue de sa nutrition et une irritation très vive des extrémités
nerveuses dénudées qui empêche la maladie de guérir.

On a essayé contre ce symptôme les moyens les plus variés.

M. Truc proscrit tout vésicatoire dans les ophtalmies phlycténulai-
res; l'action révulsive est, dans ces cas, peu appréciable, et il existe
déjà assez de foyers d'infection oculaire sans en créer de nouveaux.
Nous ne ferons que signaler la méthode écossaise, qui consiste à plon-
ger dans un seau d'eau froide la tête du malade, moyen plus brusque
qu'efficace, qui doit être rejeté.

Dans certains cas de blépharospasme excessif chez les enfants, notre
professeur M. Truc emploie la chloroformisation. Celle-ci a l'avan-
tage de faire cesser le spasme, de permettre d'ouvrir largement les
yeux, de pratiquer quelques scarifications et d'y appliquer les topi-
ques convenables. Deux ou trois séances d'anesthésie à quelques
jours d'intervalle produisent les plus heureux résultats. Un moyen
plus héroïque consisterait dans le débridement de la commissure
externe qu'on divise d'un coup de ciseaux droits dans toute son épais-
seur. Cette petite opération agirait en relâchant les paupières et en
diminuant la compression qu'elles exercent sur le globe et les extré-
mités nerveuses mises à nu; de là moins de douleur et consécutivement
absence de contractions réflexes du muscle orbiculaire; mais il
est rare qu'on ait besoin d'y recourir, et nous ne l'avons jamais vu
faire.

Contrairement à l'usage, notre thèse ne renferme pas d'observations à son appui.

Ce n'est pas que nous n'ayons pu en réunir quelques-unes ; peut-être même le grand nombre des cas que nous avons observés n'eût fait que nous embarrasser dans notre choix.

L'intérêt principal de ces observations résulterait de la gravité des complications cornéennes ; or nous ne nous sommes nullement préoccupé du pronostic.

Nous traitons uniquement de la fréquence de l'ophtalmie phlycténulaire, de sa double origine lymphatique et infectieuse, et de son traitement ; aussi pensons-nous qu'à ce point de vue notre statistique remplace avantageusement les meilleures observations que nous aurions pu recueillir.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

En résumé, l'ophtalmie phlycténulaire est une maladie commune, très fréquente, surtout chez les enfants ; elle existe isolée ou combinée à l'ophtalmie granuleuse ou lacrymale.

C'est une *affection lymphatique infectieuse*, apparaissant sous l'influence d'un état général et d'une infection externe.

Elle est préparée par le lymphatisme à ses divers degrés et par la malpropreté.

Elle est provoquée par une infection provenant des éruptions cutanées ou muqueuses, des produits septiques extérieurs séjournant dans les cheveux, les cavités naturelles, les ongles, les vêtements, ou puisés dans l'entourage des individus.

L'ophtalmie lymphatique infectieuse demande un traitement général, un traitement régional et un traitement local :

1° *Général*. — Toniques ; iodiques ; hydrothérapie ; campagne ; bains de mer (en dehors des périodes de congestion) ;

2° *Régional*. — Antiseptie des foyers éruptifs, de toute la surface tégumentaire, des cheveux, des ongles, des habits, de l'entourage, des personnes chargées du soin des pansements ;

3° *Local*. — Lavages oculaires boriqués, cocaïne, atropine, précipité jaune, douches chaudes, scarifications conjonctivales superficielles, etc.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 février 1892.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 février 1892.
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
E. BERTIN-SANS.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
